2015D02995

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 25 november 2014 inzake Onderzoeken risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 560).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggende brief, waarover zij nog enkele vragen en opmerkingen hebben.
De leden van de VVD-fractie ondersteunen de ambitie van de Minister om in te zetten op het verbeteren van de risicovereveningsmodellen. De Minister benoemt hierbij dat zij groot onderhoud laat uitvoeren op bestaande morbiditeitskenmerken, en laat onderzoeken of de differentiatie van de morbiditeitskenmerken naar leeftijd voorspelbare verliezen mitigeren. Wanneer verwacht de Minister de resultaten van de genoemde onderzoeken? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?
De Minister geeft aan dat zij blij is dat verschillende partijen meedenken over alternatieven om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Welke partijen denken momenteel mee, en welke alternatieven worden hiervoor aangedragen?
De leden van de VVD-fractie hebben geregeld aandacht gevraagd voor het verder verbeteren van de risicovereveningsmodellen. Zo hebben zij de Minister gevraagd bij de evaluatie van de vereveningssystematiek specifiek aandacht te besteden aan enkele vereveningscategorieën, zoals zwangere vrouwen, inkomen en arbeidsmigranten. Kan de Minister aangeven wat op deze punten de huidige stand van zaken is?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennisgenomen van de brief met betrekking tot de risicoverevening, en hebben hierover nog een enkele vraag.

Overbetaling ouderen en chronisch zieken

De leden van de fractie van de PvdA zijn voorstander van een robuust en fijnmazig risicovereveningssysteem. Niet alleen helpt een dergelijk systeem om risicoselectie tegen te gaan, maar zorgt het voor een gelijk speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Beide zijn noodzakelijk om de toegang tot de zorg voor kwetsbare groepen te garanderen, alsook een pluriform aanbod van polissen en verzekeraars in stand te houden. Ondercompensatie van vooraf voorspelbare groepen draagt het gevaar tot risicoselectie in zich en dient daarom vermeden te worden zo geven deze leden aan. Genoemde leden zijn dan ook verheugd dat de onderzoekers van het SiRM ervoor hebben gekozen om niet alleen overbetaling als oplossing voor ondercompensatie van bepaalde groepen te onderzoeken maar ook naar andere beleidsinstrumenten te kijken. Tevens merken zij op verheugd te zijn dat dit onderzoek de complexe problematiek van de risicoverevening op een toegankelijke manier heeft weten te beschrijven. Toch hebben zij nog enkele vragen over de gemaakte keuzen in dit onderzoek.

Zo merken deze leden op dat de twee verschillende doelen die dit onderzoek identificeert worden voorgesteld als zijnde geheel verschillend. Echter, deze doelen liggen volgens deze leden eerder in elkaars verlengde. Het doel om risicosolidariteit te borgen, het doel wat de onderzoekers kiezen voor de insteek van hun onderzoek, is volgens genoemde leden niet los te zien van het tegengaan van risicoselectie. Immers, het selecteren van risico's en daarmee het uitsluiten van subgroepen, bijvoorbeeld door het slechts beperkt inkopen van zorg voor chronisch zieken, doet volgens deze leden ook afbreuk aan de risicosolidariteit in dit stelsel. Hoe ziet de Minister dit? Graag krijgen deze leden op dit punt een toelichting.

Genoemde leden zijn verder blij dat er in het onderzoek wordt in gegaan op de grenzen van de risicoverevening. Al eerder hebben zij gevraagd naar de grenzen van dit systeem. Hierbij spelen vragen, zo geven de onderzoekers ook terecht aan, tot welk maximum niveau van compensatie kan worden gekomen, binnen de grenzen van de uitvoerbaarheid. Ook is hierin de vraag van belang welke verschillen in gemaakte kosten toe zijn te schrijven als gevolg van praktijkvariatie waarvoor geen verevening wordt beoogd en welke kosten toe zijn te schrijven aan de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. Genoemde leden vragen hoe de Minister dit soort vragen ziet, en welke consequenties zij daaraan verbindt voor de doorontwikkeling van het risicovereveningstelsel. Kan zij daarbij aangeven waar zij staat in de discussie over «acceptabele costs» waar deze onderzoekers van het SiRM op wijzen?

Genoemde leden vragen voorts of de Minister een toelichting kan geven op de opmerking dat preventie inadequate compensatie weg kan nemen. Zij merken namelijk op dat zij al sinds lange tijd op het belang van preventie in de gezondheidszorg wijzen. Zij zijn dan ook verheugd dat de onderzoekers er op wijzen dat goede preventie ook inadequate compensatie tegen kan gaan. Kan de Minister een toelichting geven op dit specifieke voordeel van preventieve maatregelen? Hoe wil zij de zorgverzekeraars ertoe bewegen deze maatregelen ook daadwerkelijk te treffen?

Kwantitatieve analyse 2009

De leden van de fractie van de PvdA zijn blij dat de werking van het model voor de gGGZ in 2009 is toegenomen ten opzichte van 2008. Wel zijn zij nog steeds bezorgd over de beperkte voorspellende kracht van het risicovereveningsmodel voor de kosten van gGGZ, iets waar de onderzoekers van SiRM eind 2012 nog op wezen. Deze leden vragen dan ook welke lessen de Minister trekt uit de evaluatie die nu voorligt. Welke belemmeringen ziet de Minister voor de verdere doorontwikkeling van het vereveningsmodel gGGZ, en hoe en wanneer wil zij deze belemmeringen uit de weg ruimen? Verder vragen deze leden hoe de onlangs overgehevelde delen van de GGZ, waaronder de intramurale GGZ, betrokken worden bij de verdere ontwikkeling van de risicoverevening. Hoe wordt aan deze veranderingen recht gedaan in het van toepassing zijnde risicovereveningsmodel? Welke barrières ziet de Minister om dit model verder te vervolmaken en hoe wil zij deze barrières wegnemen?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met grote zorg kennisgenomen van de brief van de Minister over risicoverevening en de onderliggende vier onderzoeken. Zij kunnen niet vaak en krachtig genoeg benadrukken dat het huidige systeem van marktwerking en onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders en -verzekeraars niet het systeem is dat volgens hen tot een goede en doelmatige zorg leidt. Dat gezegd hebbende zijn deze leden het met de Minister eens dat binnen het huidige stelsel een goed werkend ex ante risicovereveningsmodel van cruciaal belang is.
Alleen bij een goed werkend ex ante risicovereveningsmodel is het volgens deze leden mogelijk risicoselectie, het door zorgverzekeraars weren van bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken, te voorkomen. Zolang er geen deugdelijk ex ante model is zijn deze leden van mening dat de ex post compensatie niet verder kan worden afgebouwd. Daarbij moet gezegd worden dat zij van mening zijn dat het volgens hen een utopie is een volledig kloppend ex ante model op te tuigen. Het in stand houden van de ex post compensatie is volgens hen uiteindelijk de enige mogelijkheid om binnen het huidige systeem risicoselectie volledig uit te sluiten. Zij roepen de recente uitspraak van een bestuursvoorzitter van

een grote zorgverzekeraar in herinnering dat wijkverpleging en GGZ naar de Wlz moeten, omdat dit nooit rendabel te maken is, en derhalve te compenseren met het ex ante risicovereveningsmodel. Wat is de reactie van de Minister op deze opmerking? (1)

De leden van de SP-fractie concluderen op basis van de door de Minister aangedragen onderzoeken, dat de overbetaling ouderen en chronisch zieken op alle onderzochte onderdelen faalt. De overbetaling is door de Minister altijd als een belangrijk onderdeel van het ex ante risicovereveningsmodel aangedragen, zo memoreren deze leden. Nu dit belangrijke onderdeel niet blijkt te werken zet dat de geloofwaardigheid van het ex ante risicovereveningsmodel op het spel. Daarmee vervalt volgens hen voor een belangrijk deel de argumentatie van de Minister dat het verantwoord is zorgverzekeraars steeds verder risicodragend te maken. Zij herinneren de Minister aan haar uitspraak «Ik ben van mening dat het model dermate adequaat is dat het risico op risicoselectie voldoende beperkt is». Staat de Minister nog altijd achter die uitspraak? Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting. (2)

Staat de Minister ook nog achter haar uitspraak «Bij de uiteindelijke beslissing over de afbouw van ex post compensaties is de kwaliteit van de ex ante modellen inderdaad leidinggevend»? Zo nee, wanneer heeft de Minister besloten de koppeling met de kwaliteit los te laten? Zo ja, moet er volgens de Minister dan niet per direct een pas op de plaats gemaakt worden? Deze leden zijn van mening dat er gestopt moet worden met het meer en meer risicodragend maken van zorgverzekeraars. Zij vragen de Minister nogmaals de stringente datum van 1 januari 2017, waarop zorgverzekeraars volledig risicodragend moeten zijn, los te laten en dit te koppelen aan de kwaliteit van het ex ante risicoverveningsmodel. Die kwaliteit lijkt volgens deze leden vooralsnog bij lange na niet voldoende. Zij dagen de Minister uit op korte termijn met een overtuigend verbeterplan te komen, waaruit blijkt dat er binnen nu en twee jaar een kwalitatief ex ante risicovereveningsmodel is wat risicoselectie uitsluit. (3)

Overbetaling ouderen en chronisch zieken

De leden van de SP-fractie constateren dat uit de onderzoeken blijkt dat het instrument overbetaling ouderen en chronisch zieken, niet leidt tot minder prikkels en niet leidt tot minder risicoselectie. Wat is de reactie van de Minister hierop, en wat gaat zij concreet doen om risicoselectie wel aan te pakken? Zij vragen of deze onderzoeken voldoende aanleiding zijn voor een koerswijziging van de Minister? Zo nee, waarom is de Minister blind voor deze signalen? Zo ja, wat houdt die wijziging dan concreet in?
De leden van de SP-fractie zijn van mening dat we al lang een stap verder zijn dan het risico op risicoselectie. Er is al lang sprake van risicoselectie door zorgverzekeraars. Om de schadelast beperkt te houden waren ook afgelopen overstapperiode zorgverzekeraars weer opzichtig aan het hengelen naar de meest rendabele verzekerden. Ziet de Minister dit ook zo? Zij vragen de Minister een uitgebreide analyse van de reclames en andere acquisitieactiviteiten (zoals weggeven van cadeautjes). Waren deze campagnes volgens de Minister ook niet erg gericht op jonge, gezonde en hoogopgeleide mensen?
Deze leden merken ook op dat overbetaling op de lange termijn niet leidt tot een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Evenals de Minister zijn deze leden van mening dat het binnen het huidige stelsel van belang is dat verzekerden een ruime keuze uit soort en aanbieders van zorgverzekeringen hebben. Zij constateren dat risicoselectie met name nadelig is voor kleine zorgverzekeraars. Nu uit onderzoek blijkt dat een belangrijk middel in de strijd tegen risicoselectie niet werkt, vrezen deze leden dat dit tot gevolg zal hebben dat er een nieuwe fusiegolf op gang komt onder

zorgverzekeraars. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de huidige oligopolie, waarbij slechts vier concerns meer dan 90% van de markt in handen hebben, niet verder versterkt maar juist doorbroken wordt? Zij vragen hoe de Minister hierbij de rol van de NZa en de ACM ziet.
De leden van de SP-fractie erkennen evenals de Minister het belang om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Ook de onderzoeken bevestigen dit volgens hen. Zij zijn echter, in tegenstelling tot de Minister, niet van mening dat het huidige beleid van het steeds verder zoeken naar verbeteringen voor het ex ante risicovereveningsysteem, de voorkeur verdient. Zij zien ook geen concrete verbetervoorstellen van de Minister. Zij missen bovendien een gevoel van urgentie bij de Minister. Leiden de conclusies van de betreffende onderzoeken tot extra of gewijzigde personele inzet bij het onderzoek naar verbetering van het vereveningsmodel?

1) Bijzondere procedure Zorgstelsel en de rol van zorgverzekeraars, 19 januari 2015
2) Zie Kamerstuk 29 689, nr. 540
3) Idem

Inbreng CDA fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de verschillende onderzoeken over het functioneren van de risicovereveningsysteem. Zij bedanken de Minister voor het toesturen van de onderzoeken. Uitgangspunt van de leden van de CDA-fractie bij de behandeling van deze rapporten en de risicoverevening is dat het systeem van risicoverevening goed moet functioneren, zodat het zorgverzekeringsstelsel aan de voorkant voor de gezonde verzekerde en de chronisch zieke patiënt een gelijke toegang blijft waarborgen. Deelt de Minister dit uitgangspunt, en is zij het met hen eens dat dit steeds meer en meer onder druk komt te staan? Het risicovereveningvereveningssysteem wordt ook wel het financiële hart van het stelsel genoemd. De onderzoeken: «Definitief rapport het voorkomen van inadequate compensatie in de risicoverevening en het rapport ondercompensatie van verzekerden met V&V gebruik in het voorafgaande jaar» tonen wat deze leden betreft aan dat de risicoverevening een dringende en gedegen onderhoudsbeurt nodig heeft. Is de Minister het met de zienswijze van hen eens? Zo ja, kan zij dan een duidelijk overzicht geven wat er in 2015 en 2016 op het terrein van de gehele risicoverevening allemaal onderzocht gaat worden.

Overbetaling ouderen en chronisch zieken

De Minister noemt in haar brief diverse argumenten waarom overbetaling van ouderen en chronisch zieken niet leidt tot minder prikkels tot risicoselectie, en niet noodzakelijk tot een verbetering van de mogelijkheden voor zorginkoop leidt. Ook is het in de praktijk lastig uitvoerbaar en het instrument van overbetaling zou ter beoordeling aan de Europese Commissie moeten worden voorgelegd. Vervolgens stelt de Minister dat het wel belangrijk is om de compensatie van chronisch zieken en ouderen te verbeteren. Immers, bij een onvoldoende betrouwbaar ex antemodel kan bij zorgverzekeraars – in afwezigheid van ex postmechanismen – leiden tot (indirecte) risicoselectie en/of premieverhogingen waarvan de verzekerde de dupe is.
De leden van de CDA-fractie begrijpen dat het complex is als variabelen en kenmerken in het vereveningssysteem wijzigen. Maar dit is toch juist een consequentie van het gevoerde overheidsbeleid om delen van de langdurige zorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen? Graag ontvangen zij een reactie hierop.

Vervolgens vragen deze leden aan de Minister wat er specifiek in 2015 en 2016 gaat gebeuren om de compensatie voor ouderen en chronisch zieken te verbeteren. Zij zijn met de Minister van mening dat overcompensatie, en dus ook ondercompensatie, in het risicovereveningssysteem ongewenst is. Het probleem blijft echter bestaan.
In de zomermaanden is aan de vereveningsmodellen een criterium toegevoegd. De Generieke Somatische Morbiditeit» (GSM). Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar een alternatief hiervoor. Het leeftijds-afhankelijk maken van de criteria «FarmacieKostenGroep» (FKG), «DiagnoseKostenGroep»(DKG) en «HulpmidelenKostenGroep» (HKG). Deze leden kunnen zich voorstellen dat dit inhoudelijk beter is, en beter uit te leggen is. Graag ontvangen zij een reactie van de Minister hierop. Wanneer is dit onderzoek klaar, en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Ondercompensatie gebruikers verpleging en verzorging in voorgaand jaar

Ape concludeert in zijn onderzoek dat de ondercompensatie van gebruikers V&V in een vorig jaar substantieel is (– € 701 bij het model voor met alleen somatische zorgkosten en – € 3.681 bij het model voor de zorgkosten inclusief (recente) overhevelingen uit de AWBZ9). De ondercompensatie is sterker bij verzekerden met een extramurale indicatie, bij verzekerden met een intramurale indicatie zonder behandeling (de verzekerden in voormalige verzorgingshuizen) en bij jongere verzekerden (65-). Toevoeging van het criterium Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) verbetert het resultaat van verzekerden met gebruik V&V in een vorig jaar nauwelijks. De ondercompensatie in de sector V&V is het hoogst.
Er loopt een onderzoek naar de morbiditeitscriteria maar in het onderzoek worden meer aanbevelingen gedaan. Wat vindt de Minister van de aanbeveling

a) om de vereveningsbijdrage voor de morbiditeit te differentiëren naar leeftijd.
b) Het maken van een specifiek regiomodel waarin de variabelen van aanbod van V&V zorg en GRZ zorg worden meegenomen?
c) of een vereveningskenmerk van het V&V-gebruik in t-1?

Deze leden ontvangen graag op alle drie aanbevelingen een reactie van de Minister.

Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie van de Minister weten of zij van mening is dat in 2017 een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ-kosten reëel is. In het januarinummer van Economisch Statistische Berichten (ESB) staat een artikel over de risicoverevening voor verpleging en verzorging. De auteurs willen een model met ex ante hoogrisicoverevening; een systeem waarbij verzekeraars een beperkte groep verzekerden vooraf mag aanmelden. Wat vindt de Minister van dit voorstel? Wat zijn volgens de Minister de voor- en nadelen als zo'n soort model wordt ingevoerd? Doet zij hier onderzoek naar?

Deze leden vragen de Minister ook in hoeverre een MHK-ingroeitraject voor de eerste jaren een bijdrage zou leveren aan een acceptabele risicoverevening voor de verpleging en verzorging. In hoeverre kan met de V&V ook gewerkt worden met Ve&V-kostengroepen?

Klopt het dat er op dit moment geen onderzoek plaats vindt dat gericht is op verbetering van het de risicoverevening van de V&V door middel van nieuwe criteria? Zo ja, waarom is dit niet het geval? Moet de verbetering van het riscovereveningsmodel juist niet komen van nieuwe verdeelcriteria voor de verpleging en verzorging? Is de Minister bereid het onderzoek hieromtrent met een hoge urgentie op te pakken?

Risicoverevening GGZ

Wat betreft de GGZ en de risicoverevening constateren deze leden dat het eerste jaar GGZ de risicoverevening wordt afgebouwd. De overgehevelde langdurige GGZ is nu nog op 100% nacalculatie. In de GGZ zijn de kosten uit het verleden vaak een belangrijke indicatie voor kosten in de toekomst. Dit blijkt ook uit onderzoeken van VWS en zorgverzekeraars naar zogenaamde «kostenvoorspellers» ten behoeve van de zorginkoop. Comorbiditeit, het ziekteverleden en de fase waarin de ziekte en de behandeling van de stoornis zich bevinden zijn op groepsniveau, naast diagnose en het sociaal en maatschappelijk functioneren de belangrijkste voorspellers voor kosten in de toekomst.
GGZ Nederland geeft aan dat, wanneer de meerjarig hoge kosten geen onderdeel meer uitmaken van het vereveningssysteem, het systeem verder uit balans raakt. Deelt de Minister deze zienswijze? Graag ontvangen zij een uitgebreide reactie op dit specifieke punt. Hoewel nog beperkt operationaliseerbaar is het de meest betrouwbare voorspeller voor de zorguitgaven van de GGZ-patiënt, en vooralsnog onmisbaar om het tekort aan goede voorspellers voor ziekteverloop en zorggebruik te ondervangen. Denk de Minister dat het mogelijk is voor 1 januari 2016 een adequaat ex-ante model te ontwikkelen voor de langdurige GGZ? Wat vindt de Minister van het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland die aangeeft uitstel te willen van de risicodragendheid voor de wijkverpleging en de GGZ. Als de Minister denkt dat dit wel zou moeten kunnen, welk tijdpad en welke deadline worden er dan gehanteerd? Deze vormen van zorg hebben namelijk een heel ander karakter dan de curatieve zorg. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel zullen daarom onvoldoende de kosten van de overgehevelde zorg op individueel verzekerdenniveau kunnen voorspellen. Dit kan vervolgens leiden tot voorspelbaar winstgevende en voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Wat er kan leiden tot (indirecte) risicoselectie. Ziet de Minister dit risico ook? Wat is de Minister van plan hieraan te doen?

Overige vragen

In de laatste jaren is zichtbaar dat het positieve resultaat uit 2012 en 2013 niet in zijn geheel terugvloeit naar verzekerden. Zorgverzekeraars stellen dat dit het gevolg is van onzekerheid rondom de hoogte van de premie, in verband met de overhevelingen vanuit de AWBZ, onzekerheid rondom de bijdrage uit het risicovereveningsfonds en houden daarmee een vrijwillige solvabiliteit aan. De zorgverzekeraars hebben in 2015 in ieder geval meer eigen vermogen dan in 2006. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister meer inzicht kan geven in de minimale vereiste solvabiliteit die zich vanaf 2006 heeft ontwikkeld (in euro's op basis van de kosten van het MPB), en waardoor de stijging is veroorzaakt. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt.

Op eerdere vragen over risicoverevening en risicoselectie die mevrouw Bruins Slot op 17 november 2014 heeft ingezonden heeft de Minister geantwoord dat zij niet weet welke zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie, en niet voor welke groepen patiënten precies en hoe lang dit al zou spelen. Dit voorgaande blijkt uit het onderzoek van KPMG Evaluatie Zorgverzekeringswet 2014. De leden van de CDA-fractie vinden het verontrustend dat de Minister niet over deze informatie beschikt. Zij verzoeken de Minister contact op te nemen met KMPG voor welke zorgverzekeraars dit het geval is.

Uit de onderzoeken inzake het eigen risico blijkt dat er zowel in 2008 als in 2009 sprake is geweest van een misraming. KPMG geeft aan dat dit procentueel een grote afwijking is. De leden van de CDA-fractie willen

graag weten wat de onderliggende oorzaken zijn dat de raming van het eigen risico niet klopt.

De Minister zou de Kamer ook voor het einde van 2014 informeren over de werking van het gehele risicovereveningssysteem van 2010. Klopt het dat de Kamer dit onderzoek nog niet ontvangen heeft? Zo ja, wanneer kan zij dit ontvangen?

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de Minister over de vier onderzoeken op het gebied van de risicoverevening. Deze leden achten een goed werkend risicovereveningsmodel essentieel voor het gelijke speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Zij vinden het dan ook positief dat de Minister blijft inzetten op onderzoek naar verbetering van de risicovereveningsmodellen. Intussen blijft het probleem van een onvoldoende betrouwbaar model echter bestaan en daar maken deze leden zich zorgen over. Zij hebben daarom nog een paar vragen aan de Minister.

De leden van de PVV-fractie staan op het standpunt dat de compensatie van chronisch zieken en ouderen moet verbeteren. Deze leden denken dat, indien deze groepen extra gecompenseerd worden, dit wel degelijk verliesgevende verzekerden ten goede kan komen. Ook op de lange termijn, want volgens deze leden wisselen chronisch zieken en ouderen bijna niet van verzekeraar. Heeft de Minister gegevens over het overstapgedrag van chronisch zieken en ouderen? Kunnen deze leden deze gegevens krijgen? Heeft de Minister in dit kader ook overwogen om het afsluiten van meerjarige contracten toe te staan?

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat de Verpleging en Verzorging (V&V) en de langdurige GGZ een heel ander karakter hebben dan de curatieve zorg. Het zal heel moeilijk, zo niet onmogelijk, zijn om hier een goed werkend ex ante model voor te ontwikkelen. De bestaande criteria in het risicovereveningsmodel kunnen onvoldoende de kosten van de overgehevelde zorg voorspellen op individueel verzekerdenniveau. Een oplossing hiervoor zou kunnen liggen in het overhevelen van de V&V en de langdurige GGZ van de Zorgverzekeringswet naar de Wet langdurige zorg. Deze leden vragen nadrukkelijk of de Minister dit wil overwegen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister naast onderzoek voor verbetering ook naar alternatieve oplossingen kijkt. Bijvoorbeeld het introduceren van «pooling» waarbij verzekeraars de meerkosten van specifieke groepen verzekerden met elkaar delen. Kunnen deze leden hier een reactie op krijgen?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van de onderzoeken gerelateerd aan de risicoverevening in de zorgverzekeringsector. Een goede ex ante risicoverevening is van belang voor de werking van het stelsel. Met betrekking tot de huidige stand van zaken op het gebied van risicoselectie en de voortgang naar een meer ex-ante gerichte systematiek hebben deze leden nog enkele vragen die zij hierbij aan de Minister willen voorleggen.

Chronisch zieken en gehandicapten

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het van groot belang is om prikkels die leiden tot risicoselectie weg te halen uit de markt. Daarbij

stellen deze leden vast dat de Minister zich nog niet heeft uitgelaten over het onderzoek van de SiRM, welke notie maakte van de zogenaamde ex ante hoge risicoverevening. In een dergelijk systeem worden zorgverzekeraars voorafgaand aan het vereveningsjaar gevraagd een groep verzekerden met een hoog risico aan te melden bij het Zorginstituut. Wat is het oordeel van de Minister over dit voorstel?
De leden van de D66-fractie constateren dat onderzoek naar de vereveningsformule 2015 aantoont dat deze formule voor verpleging en verzorging leidt tot significante ondercompensaties voor hoog risicoverzekerden. Erkent de Minister dat de huidige vereveningsformule niet in alle gevallen voorziet in het wegnemen van prikkels tot risicoselectie? Zo ja, welke stappen gaat zij nemen om deze formule aan te passen? Wat betekent dit in de ogen van de Minister voor (de termijn waarop) vergroting van de risicodragendheid van zorgverzekeraars voor V&V kan plaatsvinden?

GGZ

De leden van de D66-fractie hebben de indruk dat de uitbreiding van het ex antemodel voor de GGZ de verklaringskracht van het model op verzekeraarsniveau slechts beperkt verbetert. Een van de mogelijke verklaringen daarvoor is dat de werking van het model wordt verstoord door een beperkt aantal zeer complexe patiënten. Deelt de Minister deze constatering? Is zij bereid te onderzoeken welke vormen van zorg en welke patiëntgroepen de werking van het vereveningssysteem voor de GGZ het sterkst verstoren? In dit licht vragen de hier aan het woord zijnde leden tevens of de Minister van mening is of een adequaat systeem van risicoverevening voor de GGZ reëel is in 2017?